

Krankenhaus Marienstift gGmbH Helmstedter Straße 35 38102 Braunschweig

PRRA/scmo

15.08.2018

Impulse zur Hospizidee und Palliativmedizin

Als Hospiz- und Palliativmitarbeiter stehen wir aktiv für die letzte Lebensphase und gegen eine Verdrängung von Sterbenden ein!

Basis unserer Tätigkeit sind die Schicksale von Schwerkranken:

Beispielsweise ein Patient auf unserer Palliativstation, der sich bewusst gegen die Fortsetzung einer Dialyse ausgesprochen hat, jetzt mit dem Leben ringt mit der Gewissheit seines nahen Todes. Oder eine Frau im mittleren Alter, die sich bis zuletzt gegen ihre Krankheit und Sterbenmüssen aufgelehnt hat und dabei ihre Familie, aber auch uns Mitarbeiter kaum ertragen konnte.

Besonders berührt und in Frage gestellt hat uns eine Patientin, die nach ihrer Versorgung auf unserer Palliativstation mit letzter Kraft in die Schweiz gereist ist, um sich dort bei ihrer Selbst-tötung helfen zu lassen. In Unkenntnis ihres Vorhabens fiel uns nur auf, wie unzufrieden sie mit unserer Versorgung war mit einer im Nachhinein verständlichen Unnahbarkeit.

Und schließlich eine ältere Schwerkranke, die eine halbe Stunde nach Einlieferung in unser Krankenhaus verstirbt und damit unser kollektives Versagen bezüglich einer vorausschauenden Sterbebegleitung demaskiert!

Medizinische Klinik

Chefarzt Dr. med. R. Prönneke
FA für Innere Medizin
FA für Palliativmedizin

T 0531 7011-226
F 0531 7011-5226
medizin@marienstift-braunschweig.de

Helmstedter Straße 35
38102 Braunschweig
www.marienstift-braunschweig.de

Geschäftsführer

Klaus-Dieter Lübke-Naberhaus
Rüdiger Becker

Stiftungsratsvorsitzender

Prof. Dr. Wilhelm-Albrecht Achilles

Sitz der Gesellschaft

Helmstedter Straße 35
38102 Braunschweig

Amtsgericht Braunschweig

HRB 205010

St.-Nr. 14 204 30413

Evangelische Bank

IBAN DE26 5206 0410 0006 4548 87
BIC GENODEF1EK1

Spendenkonto

Evangelische Bank

IBAN DE58 5206 0410 0306 4084 78
BIC GENODEF1EK1

Mitglied im Diakonischen Werk
evangelischer Kirchen in Niedersachsen e.V.

Diakonie 



Ich habe Ihnen heute 5 Thesen mitgebracht, die den Bogen von der Vergangenheit zur Gegenwart und Zukunft schlagen sollen:

1. **These: Die Hospizbewegung kommt an**

Einhergehend mit dem euphorisierenden Versprechen der Medizin der Beseitigung von Krankheiten und Lebensverlängerung hatte sich in Deutschland seit den 1960er Jahren ein zunehmendes und im Rückblick dramatisches Defizit von Erfahrungen im Umgang mit Sterbenden und Verstorbenen entwickelt: So hat mein Onkel der in den 1970er Jahren qualvoll unter Tumorschmerzen gelitten und meine Großmutter ist 1980 wie selbstverständlich zum Sterben in das Badezimmer eines Krankenhauses geschoben worden. In meiner ersten Arztstelle Mitte der 1980er Jahre war es dann das letzte Zimmer im Flur, wo Patienten meistens alleingelassen unter einer laufenden Infusion von der Öffentlichkeit unbemerkt „vergangen“ sind.

Möglicherweise hat der zweite Weltkrieg mit unermesslichen Sterbe- und Todeserfahrungen zu einer gesellschaftlichen posttraumatischen Belastungsstörung mit Verdrängung des Todesthemas und damit aller aktuell Betroffenen geführt.

Die „konstruktive“ Widerstandsbewegung Anfang der 1980er Jahre nennt sich nach dem englischen Vorbild Hospizbewegung: In Keimzellen außerhalb des Gesundheitswesens wurde eine aufgehende Saat gesät. Erfolgsfaktoren auf diesem Weg sind:

- Eine **aktive** Auseinandersetzung mit dem Thema Sterben und Tod (wie macht man das eigentlich praktisch? Stellen Sie sich vor, Sie hätten nur noch 1 Stunde zu leben und könnten noch einen letzten Brief schreiben – was schreiben Sie?).
- Zeit nehmen und spenden.
- Das Prinzip der Freiwilligkeit.
- Linderungsangebote statt Ohnmacht.
- Der Einbezug und Unterstützung von Angehörigen (ein Umlernen findet deshalb auch im Krankenhaus statt).
- Das Prinzip der Wahrhaftigkeit, um z.B. sinnlose Hoffnungsbilder einer unbegrenzten Lebensverlängerung in angemessene Hoffnungsbilder umzuwandeln.
- Die Annahme und Beschäftigung mit Traurigkeit und Trauer.

2. **These: Hospizidee bewegt Medizin**

Die ehrenamtlich und bürgerschaftlich getragene Hospizbewegung hat den entscheidenden Anstoß zu einem Um- und Neudenken in der Medizin gegeben: Der Bereich Palliativmedizin (besser Palliativversorgung) hat sich langsam etabliert, im Übrigen - und für Eingeweihte nicht verwunderlich - mit den gleichen Erfolgsfaktoren der Hospizidee. Im Zentrum steht eine Behandlungszieländerung von möglichst langer Lebenszeit auf möglichst große Lebensqualität in Form von konzentrierter Linderung. Neu ist die Wahrnehmung und Ausrichtung der Behandlung von Beschwerden wie Schmerzen auf körperliche, seelische, soziale, spirituelle und kulturelle Dimensionen. Daraus erwächst die Notwendigkeit eines multiprofessionellen Vorgehens!

Die Palliativmedizin innerhalb der medizinischen Gesamtversorgung bündelt und bearbeitet im Besonderen ethische Fragestellungen wie die Sterbehilfe. Dieser Begriff ist missverständlich, geht es doch einmal um die Hilfe **beim Sterben**. Sollte man nicht die Sterbehilfe **zum Sterben Tötungshilfe** nennen als Ersatz für die aktive Sterbehilfe und Beihilfe zur Selbsttötung? Das Ziel besteht hier eher nicht in einer Linderung beim Sterben, sondern in der geplanten Herbeiführung des Todes!

Aber: Wie gehen wir zum Beispiel mit einem Betroffenen um, der trotz unserer hospizlichen Begleitung und umfassender Palliativversorgung nicht mehr weiterleben möchte wie unsere Patientin von der Palliativstation?

3. **These: Hospizbewegung und Palliativmedizin gehören zusammen**

Die zukünftige Herausforderung liegt in Deutschland darin, die ehrenamtlich getragene Hospizbewegung und hauptamtlich getragene Palliativversorgung für den Einzelnen nutzbringend zusammen zuführen. Es geht hierbei auch um Case-Management (direkt übersetzt aber unschön: Fallorganisation), um Begleitung und Behandlung ausgewogen und angemessen einzusetzen. Eine künftige Gesundheitsversorgung ist bei den zunehmend begrenzten menschlichen Ressourcen

in Verbindung mit der demographischen Entwicklung ohne engstes Zusammenwirken mit Ehrenamtlichen nicht denkbar!

4. These: Hospiz- und Palliativmedizin bewegen das Gesundheitssystem

- Die vierte Säule der Palliativmedizin ist neben Prävention (Vorbeugung), Therapie(Behandlung) und Rehabilitation (Wiederherstellung) etabliert.
- Es haben sich in den letzten 30 Jahren 4 neue Institutionen entwickelt, je 2 im ambulanten und stationären Bereich: Im ambulanten Bereich der Hospizdienst als Beratungs- und Begleitungsdienst für Schwerkranke, Angehörige und Trauernde.

Zum Zweiten der ambulante Palliativdienst zur Anwendung von Linderungsmaßnahme in der häuslichen Umgebung. Diese Einrichtung wurde wesentlich durch ein Gesetz zur Verbesserung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) beflügelt.

Im stationären Bereich wurden stationäre Hospize, also Spezialpflegeheime gegründet und in vielen Krankenhäusern Palliativstationen bzw. -bereiche für medizinisch komplexe Probleme eingerichtet.

- Neue Berufsbilder sind dazu gekommen wie die Koordinatorin eines ambulanten Hospizdienstes, Pflegende mit der Palliative-Care-Ausbildung, Ärzte mit der Zusatz-bezeichnung Palliativmedizin, Apotheker mit dem Zusatz Palliativpharmazie und neue Palliativsozialarbeiter und -seelsorger.
- Präsentierung durch politische Organisation wie die Landesarbeitsgemeinschaften Hospiz mit dem Deutschen Hospiz- und Palliativverband als Dach und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. Entscheidend sind aber „Runde Tische“ auf regionaler Ebene, weil nur in diesen Gremien eine Sterbekultur vor Ort organisiert werden kann. Eigeninitiative in einem Netzwerk ist das oberste Gebot, um die bisher erworbenen Kenntnisse und Möglichkeiten für jeden Betroffenen zugänglich zu machen!
- Finanzierungsquellen für die Begleitungen des ambulanten Hospizdienstes, für das stationäre Hospiz, in Form von Zuschüssen für die Palliativversorgung in Krankenhäusern und für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung sind mit dankenswerter politischer Unterstützung erschlossen worden!

5. **These: Hospiz- und Palliativmedizin prägen die Lebenseinstellung**

Vorstellungen von Lebenswerten und -würde werden ausgetauscht im Kontext von Selbstbestimmung, Autonomie, aber auch notwendiger Fürsorge bei Geschwächten. Es geht um Fragen wie „Leben um jeden Preis“, die auslösend für Patientenverfügungen sind.

- Unser Tod als existenzielle Grundbedingung eröffnet uns Chancen auf ein sinnstiftendes Leben. Viele Menschen finden ihre (immer wieder auf die Probe gestellte) Antwort in Rückbindung (Religion) und Spiritualität. Die Frage „Was wäre, wenn wir ewig leben könnten“ provoziert zum Nachdenken.

Die Kunst des Sterbens ist eine Kunst des Lebens! Nach meiner Beobachtung verhalten sich Menschen in der letzten Lebensphase entsprechend ihrer vorher erworbenen Lebenshaltung.

Hospizidee und Palliativmedizin tragen zur Sterbe- und Lebenskultur bei. Ich habe Ihnen 7 Fragen zur weiteren Gestaltung mitgebracht:

1. Wie gelingt die Integration von Hospiz- und Palliativversorgung in unserem Gesundheitswesen als vierte Säule bezüglich unseren Wettbewerbsystems mit unseren meistens getrennten ambulant-stationären Strukturen, im Besonderen aber im Hinblick auf die notwendigen „Basisversorgung“ angesichts der SAPV-Finanzierung?
2. Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit von Ehrenamtlichen und Hauptamtlichen bezüglich Zeiteinsatz, Kommunikation und Verlässlichkeit, aber auch „in Besitznahme“?
3. Wie gestalten wir die Vorbereitung und Ausbildung bezüglich hospizlich-palliativer Fähigkeiten, Kenntnisse und – besonders herausfordernd – Haltung?
4. Wie sieht das Belastungserleben von längerfristig tätigen ehrenamtlichen und hauptamtlichen Mitarbeitern der Hospiz- und Palliativszene aus? Wie wird z.B. mit dem Phänomen des selbsternannten „Gutmenschen“ umgegangen?

5. Wie wird eine flächendeckende angemessene Versorgung für jeden Bedürftigen organisiert?
6. Wie hat sich das Bild von Leid und Sterben in unserer Gesellschaft verändert? Inwieweit zieht z.B. die Idealisierung eines harmonischen und friedlichen Sterbens eine (vorschnelle) Behandlung mit Beruhigungsmitteln nach sich (terminale Sedierung)?
7. Wie integriert sich die Hospizidee und Palliativmedizin in unserer Gesellschaft. Über-nehmen stationäre Hospize bzw. Palliativstationen durch ihr umfassendes Dienstleistungsangebot nicht eine Alibifunktion und leisten einer sogenannten sekundären Verdrängung Vorschub, in dem dort zur Gewissensberuhigung der Umgebung Menschen „abgegeben“ werden. Dies steht im Widerspruch zur Hospizidee, die eine aktive Integration der letzten Lebensphase empfiehlt. Durch den wiedererlangten Erfahrungszuwachs und Abbau von Ängsten sowie Übernahme von fürsorglicher Verantwortung wird dann eine Hospizbewegung überflüssig.



Dr. med. R. Prönneke

Chefarzt der Medizinischen Klinik mit Palliativzentrum

Krankenhaus Marienstift Braunschweig

Facharzt für Innere Medizin und Palliativmedizin

Stellvertretender Vorsitzender der Landesarbeitsgemeinschaft Hospiz
Niedersachsen